Lane Medical Library

Zur Kenntnis der Fälle

von tuberkulöser Caries der Symphyse

auf Grund klinischer Beobachtung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Sonnabend, den 31. März 1888

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Ernst Hennies.

prakt. Arzt

aus Schlesien.

Opponenten:

Herr Schala, cand. med.

Herr Herz, cand. med.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1888.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154001_0275

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

In hiesiger chirurgischen Klinik gelangten in letzter Zeit einige Fälle von tuberkulöser Caries der Symphyse zur Behandlung; es erscheint mir nicht uninteressant dieselben des Weiteren zu besprechen zumal die von mir angestellten litterarischen Nachforschungen mich zur Überzeugung führten, dass derartige Fälle nicht eben häufig zur Behandlung gelangen.

Fall. I.

Carl Venske, Tuchmacher, 30 Jahre alt, aus Rummelsburg, hat schon in seiner Jugend mehrmals Pneumonien durchgemacht. Seit circa 2 Jahren bildete sich bei ihm eine Fistel in der Gegend des linken horizontalen Schambeinastes; seit dieser Zeit klagt er auch über Schmerzen in der Lendengegend, welche ihn verhinderten seine Arbeit wieder aufzunehmen. Im Februar 1887 begab er sich in ärztliche Behandlung in Rummelsburg; der betreffende Arzt machte mehrere Incisionen, eine an der entsprechenden rechten Körperseite, eine oberhalb und eine etwas seitlich von der urprünglichen Fistelöffnung. Patient liess sich, da der Zustand sich verschlimmerte, am 9./11. 87 in das hiesige Krankenhaus aufnehmen.

Status praesens: Ziemlich grosser, stark abgemagerter Mann. Von Seiten der Lungen findet man eine Dämpfung über der rechten Lungenspitze bis zum Rande der 2ten Rippe reichend. Über beiden Lungenspitzen verschärftes Inspirium, einige zähe Rasselgeräusche. In der Mitte der Symphyse eine glattrandige Fistel aus der sich dünnes Sekret entleert. Bei der Sondierung kommt man circa 4 cm tief, findet aber nirgends vom Periost entblössten Knochen. An der Innenseite des linken Oberschenkels circa 5 cm unterhalb des Poupart'schen Bandes eine zweite Fistel, die nach der Gegend der Symphyse führt. Zwei weitere Fisteln finden sich rechts und links vom Scrotum und führen ebenfalls nach der Symphyse; die beiden ersterwähnten communicieren mit einander.

12./11. 87 erfolgte die Operation in der Narkose.

Bei der Untersuchung in Narkose zeigt sich, dass die beiden ersten Fisteln communicieren; die dritte Fistel führt nach der Unterseite der Symphyse. Zuerst Erweiterung und Auskratzen der Fisteln, darauf Querschnitt 10 cm lang am oberen Rande des Mons Veneris; sofortige Durchtrennung bis auf den Knochen. Loshebeln der Weichteile vom Knochen, wobei die beiden Samenstränge durch stumpfe Haken zur Seite gezogen und geschützt werden. Es zeigt sich, dass alle vier Fisteln in einen Wallnussgrossen cariösen Heerd in der Mitte der Symphyse münden. Abmeisselung in frontaler Richtung von unten her, Durch-

trennung der horizontalen Schambeinäste in der Gegend der Foramina obturatoria und Resektion des zwischen den beiden Foramina gelegenen Beckenstückes. Es bleibt nur eine dünne Spange der absteigenden Schambeinäste zurück. Tamponade mit Jodoformgaze, 3 Jodoformstreifen als Drains durch die unteren Fistelgänge, trockener Verband.

15./11. wird der Verband gewechselt; Pat. hat Fieber in der Höhe von 39,4°, gleichzeitig besteht heftiger Husten.

11./11. Beim Pat. tritt Epistaxis auf.

25./11. Verband-Wechsel, Durchspülung, neue Jodoformgaze.

27./11. Husten geringer, grosse Schwäche.

1./12. Verband-Wechsel.

4./12. Verband-Wechsel. Einführung von Drains anstatt der Gazestreifen.

10./12. Patient befindet sich ausser Bett.

15./12. Die Drains werden gekürzt. Die Höhle an der Symphyse hat sich sehr verkleinert. Durchaus keine Schwäche beim Gehen, vollkommene Festigkeit im Becken.

31./12. Die Drains werden ganz entfernt, die Höhle mit Zinkpulver ausgefüllt.

Am 12./1. 88 wird Patient geheilt entlassen.

In der Mitte des Mons Veneris eine tiefe, eingezogene, gut granulierende Höhle von der Grösse und Gestalt einer Nussschale; die Drainstellen verheilt, keine Fisteln. Der Allgemeinzustand bedeu-

tend gebessert, obgleich ein Fortschreiten des Lungenleidens constatiert wird.

Das wiederholt ansteigende Fieber während des gut verlaufenden Wundverlaufes ist auf das Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses in den Lungen zurückzuführen.

Fall II.

Friedrich Kindt, Arbeiter, 58 Jahre alt, aus Pasewalk, früher stets gesund, wurde auf sein jetziges Leiden ungefähr vor einem Jahre aufmerksam durch ziehende Schmerzen, welche in der rechten Inguinalgegend ihren Anfang nahmen und derart in das Bein ausstrahlten, dass Patient hinken musste. Allmählich localisierten sich die Schmerzen auf einen Punkt ungefähr 6 cm oberhalb der Symphyse und im Mai dieses Jahres bildete sich an einer Stelle eine Erhebung, welche bald die Grösse eines Hühnereies überschritt. Der Arzt, welcher einen entstandenen Bruch vermutete, verordnete ein Bruchband, welches 14 Tage getragen wurde. Nach dieser Zeit nahm die Schwellung blaurote Färbung an; ihre Consistenz war hart. Das Bruchband wurde nun verboten. Vor sechs Wochen, den 28./9. 86 entstand dann eine Öffnung in der Schwellung, es entleerte sich zuerst ramige Flüssigkeit, darauf ungemein schlecht riechender dünnflüssiger Eiter, die Schwellung collabierte sofort. Die lokalen Verhältnisse sind bis jetzt so geblieben; das Allgemeinbefinden des Patienten war bis vor 3 Wochen

ungestört, seit dieser Zeit fühlte er eine bedeutende Kräfteabnahme.

Status praesens: Wenige Centimeter oberhalb des rechten Tuberculum pubis besteht eine runde, etwa Zwanzigpfennigstück grosse Fistelöffnung. Die Umgebung ist reizlos, die Sekretion sehr reichlich, stinkend eitrig. Die Sonde führt in einer Tiefe von 3 Ctm. auf den rauhen Schambeinast. Mehrere Taschen, deren eine grösste nach der Inguinalgegend führt, sind zu constatieren. Urin und Stuhl normal.

22./11. 86 wurde die Operation in Narkose ausgeführt. Circa 8 cm langer Querschnitt unterhalb der Fistel am oberen Symphysenrande, dazu senkrechte Incision von der Mitte nach oben. Freilegung des horizontalen Schambeinastes mit Elevatorium, wobei ein kastaniengrosser Sequester, augenscheinlich dem Symphysenteile des horizontalen Schambeinastes entsprechend, gelöst, entfernt wird. Die Lade ist sehr stark verdichtet. Ein zweiter etwa Fingerphalanx grosser Sequester des absteigenden Astes wird durch eine Contraincision, parallel dem absteigenden Schambeinaste rechts mit der Kernzange zwischen musculus gracilis und den musc. Adductores dicht an der Inguinalgegend herausgezogen. Eine Tasche an der Aussenseite der Gefässe wird drainirt, indem ein reichlich 20 cm langes federkieldickes Drain unter den Gefässen von der Sequesterhöhle aus durchgeführt wird.

24./11. 86. Verbandwechsel nur der äusseren Schichten wegen Durchblutung.

30./11. 86. Vollständiger Verbandwechsel. Reinigung der Drains. Die Wunde sieht gut aus.

10./12. 86. Verbandwechsel; die Wunde granuliert gut.

18./12. 86. Verbandwechsel. Das Drain unter den Gefässen wird geteilt und nach beiden Seiten gekürzt.

26./12. 86. Verbandwechsel. Die Höhle füllt sich von der Tiefe mit Granulationen, ist noch reichlich Wallnussgross.

Am 8./1. 87 verlässt Patient geheilt das hiesige Krankenhaus.

III. Fall.

Frau Kühn, 73½ Jahr alt, aus Treuenbritzen in N.-M., zeigt keine hereditäre Belastung. Die Eltern der Patientin sind an keinen erblichen Krankheiten gestorben; Bruchleiden ihres Wissens nicht vorgekommen. Patientin wurde mit 16 Jahren zuerst menstruiert, im 20. Jahre verheiratet, hat im Ganzen 7 Kinder geboren, das letzte mit 47 Jahren. Mit 50 Jahren traten bei ihr die Klimacterien auf. In ihrer ersten Jugend hat sie Scharlachfieber, später niemals wieder eine Krankheit überstanden. Ihr jetziges Leiden datiert sie seit dem Winter 84 wo ein schwerer Gegenstand quer über ihr Becken fiel; Schmerzen hat sie indess damals nicht empfunden.

Bald darauf erkältete sie sich dermassen, dass sie schwer krank wurde. Die Symptome dieser Krankheit sprechen für einen starken Rheumatismus, indess sollen die für diese Krankheit üblichen Mittel nicht geholfen haben. Im Sommer 85 besserte sich der Zustand, doch blieb eine grosse Schwäche bis heute zurück. Im Dezember 85 bemerkte Patientin in ihrer linken Inguinalgegend eine damals etwa haselnussgrosse Geschwulst in den Bauchdecken, welche sich anscheinend schnell vergrösserte und im Februar bei einer Reise hierher einigen Ärzten präsentiert wurde.

Sie war damals über hühnereigross und wurde von den Heren für eine Hernie erklärt. Man erklärte sich damals gegen die Operation und verschrieb der Patientin ein Bruchband; dieselbe hat dasselbe indessen, weil es ihr unbequem sass, den ganzen Sommer über fortgelassen. Die Geschwulst vergrösserte sich nun schnell und begann der Patientin Unbequemlichkeiten bei der Arbeit, hin und wieder auch Schmerzen zu machen. Sie reiste deswegen von Neuem hierher und liess sich den 20./10. 86 in das hiesige königliche Krankenhaus aufnehmen.

Status praesens. In der rechten und linken Inguinalgegend dicht oberhalb der Symphyse je eine von Haut bedeckte Geschwulst, die rechte grössere von etwa Mannes- die linke von Kinderfaustgrösse. Beide communicieren entschieden nicht, bieten aber, besonders die grössere, deutlich das Gefühl der Fluctuation. Ebenso hört man beim Kneten der-

selben Crepitation, wie an peritonealen Blättern. Die kleinere Geschwulst, leicht lappig, ist von der grösseren durch einen 2 Finger breiten Sattel in der Linea alba getrennt. Mit der Blase kein Zusammenhang, Stuhl in Ordnung. Es wird eine doppelseitige Hernie angenommen, die Diagnose auf Abscess oder Echinococcus indessen im Möglichkeit gestellt.

Am 21./10. 86 erfolgte die Operation in Narkose.

Einschnitt auf den grösseren beider Tumoren, man gelangt auf schichtweise abgeordnete Bindegewebsblätter, welche für den Bruchsack gehalten werden. Sofort entleert sich gelber mit Flocken vermischter Eiter in beträchtlicher Menge und der vermeintliche Bruch erweist sich als Abscess. Nach Ausschabung mit dem Löffel lässt sich die Höhle völlig übersehen. Sie besteht aus 3 Teilen. Der grösste Abschnitt entspricht dem eben geschilderten grösseren Tumor und liegt zwischen oberflächlicher Fascie und Muskulatur. Von hier geht eine Communication über die äussere Scheide des musc. rectus hinweg nach der Höhle des kleineren Tumors; und endlich wieder von der grössten Höhle aus geht nahe an der Mittellinie ein etwa federkieldicker Gang direct nach unten auf die Symphyse. Mittelst der Sonde gelangt man ohne Mühe auf darunter liegenden rauchen Knochen. Es lag hier eine tuberculöse Caries der Symphyse mit sekundärem Abscess in den Bauchdecken vor und wurde nun der letzt erwähnte Gang sofort längs gespalten, ausgekratzt und dann

von hier aus mittelst Curette aus der Symphyse arrodierter Knorpel, zerfallener Knochen und käsige Massen entfernt und ein etwa fingerdickes Loch in der Symphyse angelegt, doch blieben die unteren Lamellen derselben stehen. Hierauf Drainage, Tamponade mit Jodoformgaze.

31./10. Verbandwechsel wegen Durchfeuchtung des Verbandes. Die Wunde ist reaktionslos.

6./11. Verbandwechsel. Die linke Nebenhöhle kommuniciert nicht mehr mit der Haupthöhle, sondern nur noch die rechte. Die Wunden sehen sehr gut aus.

15./11. Verbandwechsel. Die linke Nebenhöhle ist fast vollkommen geschlossen, die rechte kommuniciert auch nicht mehr mit der Haupthöhle.

19./11. Verbandwechsel. Die Wunden sehen gut aus. Nebenhöhlen kommunicieren nicht. Drei Drains, zwei kleinere, ein grösseres werden eingelegt.

Status praesens. Da das Allgemeinbefinden der Patientin ein gutes ist, da ferner die Wundhöhlen sich sehr verkleinert haben, sodass von den Nebenhöhlen nur noch kleine Gänge übrig geblieben sind, die wie auch die Haupthöhle stark verkleinert, gut granulieren, wird Patientin mit einem neuen Verband entlassen, in der Versprechung, sich wieder zu präsentieren.

Der Wundverlauf war auch in diesem Falle ein durchaus befriedigender; Fieber ist in demselben nicht aufgetreten.

Epicrise.

Der Verlauf der tuberculösen Caries der Symphyse ist im Allgemeinen ein chronischer durch Monate und Jahre sich hinschleppender. Störungen des Allgemeinbefindens treten je nach Sitz und Ausdehnung des cariösen Prozesses früher oder später in sehr verschiedenem Maasse auf. Wie bei den tuberculösen Prozessen im Allgemeinen finden wir auch hier häufig ein Trauma als Gelegenheitsursache, dem sich allmählich ziehende Schmerzen, deren Sitz vom Patienten nicht genauer lokalisiert werden kann, in der Inguinalgegend hinzugesellen; dieselben erscheinen abhängig von der Lokalaffektion in der Intensität sehr verschieden; in dem einen Falle führten dieselben, wie wir erfahren, nur leichte Funktionsstörungen beim Gehen herbei, indem sich ein unwillkürliches Hinken ausbildete; im anderen Falle konnte Patient infolge der grossen Schmerzen seine gewohnten Arbeiten nicht verrichten; im dritten Falle sehen wir die Patientin ein längeres Krankenlager durchmachen; sie überstand anscheinend einen Rheumatismus, der zwar gehoben wurde, jedoch eine allgemeine, nicht zu beseitigende Schwäche zurückliess; nur mit der Zeit trat eine Besserung des Zustandes ein. Mit der weiteren Entwickelung der Krankheit treten die Localveränderungen deutlicher hervor; die Schmerzen localisieren sich mehr und mehr, und bald bildet sich oberhalb der Symphyse ohne alle Entzündungs-Erscheinungen eine anfänglich kleine schmerzlose Ge-

schwulst, die bald langsamer bald schneller an Grösse zunimmt. Die Haut über derselben ist weder gerötet noch heiss, man kann sie, ohne dem Kranken Schmerzen zu bereiten, comprimieren und durch Druck verkleinern, indem man den Inhalt verdrängt; mit Aussetzen des Druckes füllt sich dieselbe allmählich und wird wieder praller; auch Veränderungen in der Stellung und Lage haben deutlichen Einfluss auf dieselbe, so tritt dieselbe bei Anwendung der Bauchpresse deutlicher hervor. Der Inhalt der Geschwulst ist Eiter, der sich an dieser Stelle angesammelt, die Geschwulst ein sogenannter Congestionsabscess. Indem der vom cariösen Heerde gelieferte Eiter den Weg geht, wo ihm die wenigsten Hindernisse für das Fortschreiten sich bieten, gelangt er an die Stelle oberhalb der Symphyse und vermag sich hier vermöge der anatomischen Verhältnisse anzusammeln; der Umstand, dass in den erwähnten Fällen die Entstehung des Abscesses an ein und demselben Orte stattfand, berechtigt uns wohl zur Annahme, jene Stelle als sog. Prädilectionsstelle für den Abscess bei tuberculöser Caries der Symphyse zu bezeichnen. Sehr spät wird die Haut dieser Abscesse durchbrochen und es entleert sich dann eine grosse, zuweilen colossale Menge meist gutartigen Eiters.

Dies ist im Allgemeinen das Krankheitsbild bei der tuberculösen Caries der Symphyse. Wir finden in demselben mancherlei Punkte, die nur zu leicht die richtige Diagnose erschweren, wie wir denn auch

aus den Krankengeschichten erfahren haben, dass das Leiden im Anfang mit Rheumatismus verwechselt wurde, im späteren Verlaufe, mit der Entwickelung des Abscesses, eine Hernie vertäuschte; ich will nicht unerwähnt lassen, dass diese Irrtümer sehr gewiegten Praktikern unterliefen; um so dringender macht sich das Bedürfnis geltend, diejenigen differential-diagnostischen Symptome für tuberculöse Caries der Symphyse zusammenzustellen, auf Grund deren die Diagnose gesichert werden kann. Ich will einen kleinen Versuch machen an der Hand der obigen Krankengeschichten die Momente zusammenzustellen, die uns auf die richtige Diagnose führen können.

Der Beginn der Krankheit, der sich durch anhaltende, ziehende, nicht genauer zu localisierende Schmerzen in der Inguinalgegend anzeigt, bietet, wie es scheint, einen nicht zu unterschätzenden Anhaltspunkt für die Diagnose, insofern als die Intensität des Druckschmerzes einen Rückschluss auf die erkrankte Partie gestattet; wo der Druckschmerz am meisten ausgesprochen ist, dort müssen wir den Krankheitsheerd suchen. Ueber die Art der ziehenden Schmerzen möchte ich im Allgemeinen nur hinzufügen, dass dieselben durch ein dumpfes Gefühl, das oft nur die Empfindung grosser Schwere und permanenter Ermüdung darbietet, charakterisiert sind. Etwaige Neuralgieen, die hierbei in Betracht kommen können, und darunter möchte ich den angeblich überstandenen Rheumatismus rubricieren, werden sich leicht aus-

schliessen lassen, wenn wir in Erwägung ziehen, dass dieselben stets paroxysmenartig auftreten, und auch die Schmerzen auf den Verlauf der befallenen Nerven localisiert bleiben. Auch im weiteren Verlaufe der Krankheit spielt der Druckschmerz eine nicht unwesentliche Rolle, nur möchte ich gleich vorweg erwähnen, dass die schmerzhaften Stellen an entfernteren Orten, als wo die localen Veränderungen sich zeigen, zu suchen sind. Mit dem Fortschreiten der Krankheit, dem Auftreten der Congestionsabscesse, scheinen sich die diagnostischen Schwierigkeiten noch zu mehren: das Entstehen der schmerzlosen, deutlich fluctuirenden Geschwulst, das Fehlen jeglicher Entzündung, der Umstand, dass Lageveränderungen wie auch Anwendung der Bauchpresse dieselbe praller erscheinen lässt und besonders der Sitz derselben, sind Grund genug eine Hernie anzunehmen; um so nachdrücklicher möchte ich daher auf jene Stelle oberhalb der Symphyse, wie wir sie aus den Krankengeschichten kennen gelernt haben, als Prädilectionsstelle des Abscesses für die tuberculöse Caries der Symphyse hinweisen, und daran erinnern, dass das Auftreten derartiger Geschwülste im Anschluss an den Gesammtverlauf der Krankheit stets den Gedanken an die erwähnte Erkrankung des Beckens wachrufen möge. Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch einmal auf den Druckschmerz recurieren, weil er in Verbindung mit diesem Symptom uns einen wesentlichen Anhaltspunkt für die Dia-

gnose liefert. Besondre Aufmerksamkeit müssen wir ferner dem Allgemeinbefinden des Patienten zuwenden; wir finden dasselbe meist in Mitleidenschaft gezogen durch den langwierigen Verlauf der Krankheit, wir erfahren häufig, dass ein allmählicher Kräfteverfall eintritt, eine nicht zu beseitigende Schwäche sich entwickelt. Alles dies spricht für ein Leiden, dem andere Momente als eine Hernie zu Grunde liegen müssen. Wichtigen Aufschluss hierüber giebt uns das Verhalten der Geschwulst, aber immer nur im Anschluss an den ganzen Verlauf der Krankheit, weil das Gefühl, das uns hierbei leitet, uns nur zu oft im Stiche lässt.

Ich meine nämlich, dass die Geschwulst, auch wenn sie sich auf Druck verkleinert, doch niemals wie beim Bruch das Gefühl der gurrend zurückschlüpfenden oder sich wieder hervorwälzenden Darmschlingen bietet. Neben den localen Veränderungen an dem Becken, müssen wir uns oft nach anderen Organen beim Patienten umsehen, weil sie uns öfters Anhaltspunkte für das vorliegende Leiden bieten. Hin und wieder werden sich pathologische Veränderungen in den Lungen, den Nieren oder dem Darm nachweisen lassen, die mit dem Leiden an der Symphyse in engem Connex stehen.

Unter den hier noch in Frage kommenden Geschwülsten der Inguinalgegend sind besonders die Psoasabscesse zu erwähnen. Meistens aus einem tuberkulösen Knochenleiden der Wirbelsäule, des öfteren

aus einer Entzündung des Musculus Psoas hervorgehend, folgen dieselben meist dem Verlaufe des Mus. Psoas bis zum Poupart'schen Bande, seltener über dieses hinaus bis zum Trochanter minor, drängen hier gegen die Bauchdecken an, und treten hier an die Oberfläche; doch gehen diese Abscesse mit ganz bestimmten Symptomen einher, welche einen Zweifel der Diagnose kaum zulassen. Beim Psoasabscess

1) ist der Krankheitsheerd durch Verkrümmung der Wirbelsäule äusserlich gekennzeichnet,
2) zeigt sicht eine vollständige Ausfüllung der Fossa iliaca,
3) ist der entsprechende Oberschenkel in starker Beugestellung gegen das Becken,
4) ist die Bewegung im Hüftgelenk bis auf die Streckung nach allen Richtungen möglich, nur bei der Streckung bewegt sich das Becken mit.

In allen Fällen ist die Form der Hüftgelenkcontractur das entscheidende Kennzeichen.

Recapitulieren wir noch einmal im Kurzen die Krankheitssymptome der tuberculösen Caries der Symphyse, so werden wir uns wohl sagen können, dass dieselben mancherlei Anhaltspunkte bieten, die uns einen sicheren Rückschluss auf das Leiden gestatten. Die ziehenden, anfänglich unbestimmten, später genau lokalisierten Schmerzen in der Inguinalgegend, die Art derselben, der chronische Verlauf der Krankheit, das Verhalten der Geschwulst auf

Druck, das Allgemeinbefinden der Patienten, oft auch pathologische Veränderungen in anderen Organen, sind alles Symptome, die eine tuberculöse Caries der Symphyse wahrscheinlich erscheinen, und eine Hernie ausschliessen lassen.

Über die einschlägige Therapie bei tuberculöser Caries der Symphyse will ich nur erwähnen, dass die Entfernung aller erkrankten Gewebe an die Spitze der Forderungen zu treten hat, welche man an eine zweckmässige, wegen Tuberculose ausgeführte Operation stellt. Es bedarf daher oft weitgehender Spaltung der Weichteile, um den afficierten Knochen freizulegen, und das erkrankte Terrain genau übersehen zu können; an die Entfernung des kranken Knochens mittelst scharfen Löffels, Meissel und Hammer, muss sich eine gründliche Auskratzung der Fistelgänge sowie der Abscesswandungen anschliessen; nur dadurch kann man die Gefahr eines Recidives vermindern und eine dauernde Heilung erwarten.

Allen diesen Anforderungen entsprach die Operation, wie sie bei den oben geschilderten Fällen in hiesiger chirurgischer Klinik ausgeführt wurde. Nach einer ausgiebigen Spaltung der Weichteile wurde das erkrankte Knochengewebe vollständig beseitigt, in einem Falle der ganze Symphysenteil zwischen den Foramina obturatoria bis auf eine schmale Lücke an den absteigenden Schambeinästen entfernt; mit gleicher Sorgfalt auch in den Fistelgängen und den Abscesswandungen die tuberkulöse Tapete mit dem

scharfen Löffel entfernt. Daran schloss sich die Tamponade der Wunde mit Jodoformgaze, Drainierung der Fistelgänge und Anlegung eines Occlusivverbandes. Der Wundverlauf entsprach vollkommen den Erwartungen, zu denen die Operation berechtigte.

Die Fistelgänge verheilten vollständig und die Wunde füllte sich von der Tiefe her mit guten Granulationen, durch deren narbige Schrumpfung eine trichterförmig eingezogene Narbe znrückblieb; die Heilung war eine vollkommen gelungene; ein Recidiv ist, obwohl eine geraume Zeit seit der Operation verflossen ist, nicht eingetreten.

Für geeignete Fälle von derartigen Wunden, und darunter verstehe ich diejenigen, in denen man auf die radicale Entfernung aller tuberkulös erkrankten Gewebe durch die Operation mit Sicherheit rechnen darf, und sofern keine Fistelgänge von dem Krankheisheerd ausgehen, empfiehlt Herr Professor Dr. Helferich in seiner Arbeit „Die praktische Bedeutung der sekundären Wundnaht", die provisorische Tamponade mit sekundärem Verschluss der Wunde. Die praktischen Erfolge, welche diese Behandlungsmethode bietet, hat er daselbst genauer beschrieben, und möchte ich hiermit auf jene Arbeit verweisen.

Am Schlusse dieser Arbeit erlaube ich mir, dem Herrn Professor Dr. Helferich für die freundliche Ueberweisung des Thema und für die gütige Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit, hiermit meinen besten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ernst Hennies, Sohn des Oberförsters Ernst Hennies und dessen Ehefrau Adolphine, geb. Grun, evangelischer Konfession, geboren am 28. Januar 1860 zu Stodoll, Kreis Rybnik, erhielt seine erste wissenschaftliche Ausbildung im Elternhause durch einen Hauslehrer, besuchte dann das Gymnasium zu Oppeln, von welchem er Michaelis 1882 mit dem Zeugnis der Reife entlassen wurde. Michaelis 1882 bezog er die Universität Greifswald, um sich dem Studium der Medizin zu widmen, bestand am 16. Juli 1884 das tentamen physicum. Wintersemester 1884/85 genügte er seiner Militairpflicht als Einj.-Freiwilliger beim 1. Bataillon 5. Pommerschen Inf.-Regts. No. 14 zu Greifswald. Am 12. Mai 1887 beendete er das medizinische Staatsexamen und legte am 27. Mai d. J. das Examen rigorosum ab.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten:

Arndt, A. Budge, J. Budge, v. Feilitzsch, Gerstäcker, Gravitz, Grohé, Häckermann, Helferich, Krabler, Landois, Limpricht, Löbker, Mosler, Münter, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Rinne, Schirmer, Schulz, Sommer, Strübing, Vogt.

Es möge mir gestattet sein, allen diesen meinen verehrten Herrn Lehrern, besonders aber Herrn Professor Dr. Krabler, in dessen Poliklinik ich ein halbes Jahr als Assistenzarzt fungierte, meinen wärmsten Dank abzustatten.

Thesen.

I.

Das von Helferich angegebene Verfahren der provisorischen Wundtamponade mit sekundärer Wundnaht bei den wegen tuberculöser Processe angelegten Operationswunden, vereint die Vorteile einer kurzen Wundbehandlung mit denen einer exacten Heilung.

II.

Die künstliche Ernährung im Säuglingsalter erfordert grosse Vorsicht.

III.

Das Cocainum muriaticum bietet als lokales Anaestheticum dem practischen Arzte sehr viel Nutzen.